

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-22 — N° 60

DES TUMEURS MIXTES

DE LA

Glande Lacrymale Orbitaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PETIT

Né à Nancy (M.-M.), le 10 Août 1895



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, Rue Stella, 3

—
1921

DES TUMEURS MIXTES

DE LA

Glande Lacrymale Orbitaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-22 — N° 60

DES TUMEURS MIXTES

DE LA

Glande Lacrymale Orbitaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PETIT

Né à Nancy (M.-M.), le 10 Août 1895



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, Rue Stella, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ
Doyen..... J. LEPINE.
Assesseur..... ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		X.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique		NOVE-JOSSERAND,
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL.
Anatomie		MOREAU.
Anatomie générale et Histologie.....		GUIART.
Physiologie		LATARJET,
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		BOYON.
Anatomie pathologique.....		COLLET.
Médecine opératoire		MOURIQUAND,
Médecine expérimentale et comparée.....		PAVIOT.
Médecine légale		VILLARD,
Hygiène		ARLOING (F.).
Thérapeutique		MARTIN (E.).
Pharmacologie		COURMONT (P.).
		PIC
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....		VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....		CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....		BARRAL.
— — — Accouchements.....		COMMANDEUR.
— — — Urologie.....		GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....		PATEL.
Botanique		BRETIN.
Embryologie		HOVELACQUE.
Stomatologie.....		TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
BRETIN.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
LERICHE.	THEVENOT Luc.	SARVONAT.	MURARD.
THEVENOT Léon.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
TAVERNIER.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, charge
CADE.	DUROUX.	CORDIER.	des fonctions.
GARIN.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président; M. PATEL, Assesseur;
MM. TAVERNIER et COTTE, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce premier travail,
faible témoignage de ma pro-
fonde affection et de ma grande
reconnaissance.

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR MARCEL PETIT

Qui fut notre premier maître,
nous inspira le goût de la
médecine et ne nous ménagea
ni ses conseils, ni son dévoue-
ment.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MES CAMARADES
MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CHEFS, A MES AMIS
DU 159^e R. I., DU 103^e R. A. L. ET DE LA 67^e D. I.

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Officier de la Légion-d'honneur
Professeur de Clinique ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chirurgien des Hôpitaux*

A MES JUGES

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs mixtes et de leur pathogénie est une des questions qui, à l'heure actuelle, intéresse au plus haut point la pathologie générale, et qui a donné lieu à des discussions passionnantes.

Les ophtalmologistes n'ont pas manqué d'apporter aux débats des faits de la plus grande valeur. Mais les cas sont rares.

Sur les conseils de notre excellent maître, M. le Professeur Rollet, nous avons choisi pour sujet de notre thèse inaugurale, l'étude des tumeurs mixtes de la glande lacrymale orbitaire.

Nous avons observé à la clinique ophtalmologique un cas de tumeur mixte de la glande lacrymale orbitaire, et, des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, il ressort que l'étude de ces tumeurs n'a pas encore été faite d'une façon complète.

Nous n'avons certes pas l'intention de trancher la question. Nous avons voulu simplement la mettre au point. C'est pourquoi nous avons apporté tout notre soin à la recherche des observations publiées jusqu'à ce jour.

Nous avons la bonne fortune d'en apporter une inédite. De l'étude de ces observations, nous tâcherons de

tirer des conclusions pratiques aux points de vue des symptômes, du diagnostic, de l'anatomo-pathologie, du pronostic et du traitement des tumeurs mixtes de la glande lacrymale orbitaire.

.....
.....
.....

Nous sommes heureux d'adresser publiquement nos respectueux hommages de reconnaissance à nos maîtres, qui, les uns à la Faculté, les autres dans les Hôpitaux, au lit du malade, nous ont permis de profiter de leur haut enseignement.

M. le Professeur Rollet nous a fait l'inestimable honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer ici l'hommage de nos plus sincères remerciements et de notre profond respect.

M. le Docteur Bussy, chef de Clinique ophtalmologique, a bien voulu nous aider de sa grande expérience et de ses conseils. Nous l'en remercions bien vivement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les tumeurs de la glande lacrymale orbitaire sont rares. Wharton, en 1905, déclarait que pendant les vingt et une années écoulées à ce moment, la Clinique ophtalmologique de Manchester avait traité 28.000 malades, parmi lesquels 35 étaient atteints de tumeur de l'orbite, dont 3 seulement intéressaient la glande lacrymale.

Ces tumeurs ont été pendant longtemps méconnues, et aujourd'hui encore elles n'ont pas fait l'objet d'un travail d'ensemble.

Les anciens chirurgiens et les oculistes doutaient même de leur existence.

Fabricius Hildanus aurait, d'après Böttger, signalé en 1598, une tumeur de la glande lacrymale, mais on ne peut la considérer comme primitive, car cet auteur écrit : « *Tumorem schirrosum ad magnum oculi sinistri canthum, castaneae magnitudinis... ille autem tumor, ab una parte adhaerebat conjunctivae membranæ usque ad iridem, ab altera vero haerebat palpebrae superioris et lacrymati glandulae.* »

Le premier cas certain de tumeur de la glande lacrymale fut rapporté par Boerhaave, en 1746. Il s'agissait d'un squirrhe chez une femme.

Maslieurat-Lagemard, en 1840, publia le premier travail important sur le sujet. Ce chirurgien de Paris rapportait plusieurs observations de tumeurs primitives de la glande lacrymale, alors qu'au début du siècle Roux et Schmidt « ne croyaient pas qu'on ait jamais vu le cancer affecter la glande lacrymale autrement que par le progrès de celui du globe de l'œil ».

En 1870, nous trouvons en France la première thèse inaugurale sur les tumeurs de la glande lacrymale, par Sautereau. Cet auteur a d'ailleurs envisagé surtout les néoplasmes bénins.

En 1880, Knapp publia trois cas de tumeur de la glande lacrymale, parmi lesquels deux carcinomes, tandis que Mollière et Chandelux présentaient à la Société de Médecine de Lyon les coupes d'un épithélioma intra-acineux de la glande lacrymale.

Salles, de Montpellier, fait également, dans sa thèse inaugurale, une étude des tumeurs solides de la glande lacrymale qu'il propose de classer en six groupes : 1° *adénomes*, 2° *sarcomes*, 3° *myxomes*, 4° *fibromes*, 5° *carcinomes*, 6° *enchondromes*.

En 1889, de Wecker et Landolt écrivaient : « Les tumeurs cancéreuses ont, en tout cas, fort rarement pour siège la glande lacrymale, et il faut croire que ces néoplasmes, développés primitivement dans d'autres parties de l'orbite, n'ont envahi cette glande que par suite des progrès de leur évolution dans plusieurs des cas où l'on a regardé cet organe comme étant leur point de départ. »

En 1894, Dianoux a relaté deux cas d'épithélioma polymorphe de la glande lacrymale orbitaire (tumeur mixte).

L'année suivante, Schäffer comptait 128 cas connus

de tumeur de la glande lacrymale et classait les cas qu'il avait étudiés en *sarcomes* et en *tumeurs mixtes* (myxo-sarcomes, adéno-sarcomes, lympho-sarcomes).

Kuboki enfin, en 1919, passe en revue les travaux de Haas, Tobias, Böttger, et constate que 185 cas ont été publiés jusque-là.

La plupart des traités spéciaux ne consacrent d'ailleurs que de courtes pages au chapitre des tumeurs de la glande lacrymale, et Lagrange, en 1904, admettait avec Coppez qu'il n'existait que des tumeurs de la région de la glande lacrymale orbitaire.

Nous ne compliquerons pas cette revue bibliographique, l'exposé qui précède donnant une idée de l'état de la question et laissant voir combien les avis sont partagés, pour ce qui est de l'anatomie pathologique des tumeurs de la glande lacrymale.

CHAPITRE II

Etiologie — Symptômes — Diagnostic Pronostic

ETIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs mixtes de la glande lacrymale orbitaire est celle de toutes les tumeurs ; or, dans l'état actuel de la science, rien de précis ne peut être formulé. Les documents manquent pour étudier l'influence de l'hérédité, de l'âge, qui pourtant doivent présenter, comme toujours, une grande importance. On a observé des tumeurs de la glande lacrymale orbitaire chez des sujets relativement jeunes. Quant au sexe, il ne semble avoir aucune influence.

Parmi les causes locales prédisposant au développement d'une tumeur, on a beaucoup insisté autrefois sur le traumatisme, et les anciennes observations en donnent la preuve. Mais tous les malades ont tendance à attribuer l'origine de leurs maux, quels qu'ils soient, à un traumatisme. Aussi croyons-nous qu'il faut être prudent, avant d'établir une relation de cause à effet entre un traumatisme et l'évolution d'un néoplasme.

L'inflammation chronique aurait un rôle plus net, en

créant un lien de moindre résistance où s'est développé de préférence le néoplasme.

Inutile d'ajouter que la pathogénie des tumeurs mixtes de la glande lacrymale nous est aussi totalement inconnue que celle des tumeurs des autres régions. C'est une question que le microscope et l'expérimentation n'ont pu résoudre aussi facilement que celle des maladies microbiennes.

L'œil droit ou l'œil gauche peuvent être intéressés, mais nous n'avons pas trouvé une seule observation relatant une affection bilatérale.

SYMPTÔMES .

Les symptômes observés dans l'évolution des tumeurs de la glande lacrymale orbitaire sont de deux sortes : physiques et fonctionnels.

A. — SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Le symptôme qui, le premier, appelle l'attention des malades, et surtout celle des gens de leur entourage, c'est l'*exophtalmie*. En se regardant dans une glace, le malade s'aperçoit qu'un de ses yeux a grossi, qu'il tend à sortir des paupières. Cette exophtalmie progresse lentement. Les paupières peuvent, au début, recouvrir complètement l'œil, mais à mesure que l'exophtalmie augmente, l'occlusion se fait mal, et la cornée, exposée à l'air, se dessèche, s'ulcère ; il se produit une kératite qui peut aboutir rapidement à la perforation et à la perte de l'œil (obs. VI, VIII, XII).

L'œil est chassé de l'orbite suivant une certaine direction. Il est repoussé *en bas* et un peu *en dedans*, dans la majorité des cas, conséquence obligée de la situation de

la glande lacrymale orbitaire, quelquefois directement en avant et en bas (obs. VII, XI, XII).

L'exophtalmie est quelquefois prononcée à un tel degré que l'œil sort tout entier de l'orbite et que la cornée peut arriver au contact de l'aile du nez. Entre la situation normale et cette exophtalmie, tous les degrés peuvent être observés, la tumeur se développant lentement.

L'exophtalmie s'accompagne souvent de *ptosis*. La chute de la paupière supérieure est complète ou incomplète. Grâce à elle, l'œil exophtalmé est préservé, dans une certaine mesure, de la kératite ulcéreuse qui le menace. Le ptosis est évidemment le résultat de la compression ou de l'envahissement du nerf, ou du muscle releveur par la prolifération néoplasique. Quand il s'agit d'une paralysie par compression, le ptosis disparaît quelquefois aussitôt après l'ablation de la tumeur, à moins que le muscle n'ait eu déjà le temps de dégénérer. Dans ce cas, le ptosis devra donner lieu à une intervention après l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire.

Les phénomènes de compression peuvent se montrer ailleurs que sur le releveur de la paupière supérieure, et donner lieu à de la paralysie des muscles moteurs et même des muscles internes de l'œil (sphincter de l'iris et muscle ciliaire), et l'on observe alors de la mydriase et une paralysie de l'accommodation.

En dehors de ces symptômes dus à la compression, l'œil est gêné dans ses mouvements par la tumeur. Les mouvements en haut et en dehors sont de plus en plus difficiles. L'arc d'excursion de l'œil dans cette situation est de plus en plus petit, jusqu'à ce que le globe oculaire soit fixé dans une immobilité absolue.

L'exophtalmie constatée, le second signe qu'on recherche est *la présence d'une tumeur*. En longeant le rebord orbitaire, on sent, vers la partie externe, au-dessous de l'arcade tranchante, une tumeur occupant la fossette lacrymale et faisant une saillie plus ou moins prononcée dans un plan sous-jacent à l'os. On ne peut guère explorer que la partie antérieure, mais la constatation de la localisation est facile.

La grosseur de cette tumeur est variable. Elle peut faire une volumineuse saillie sous la paupière, être perceptible par le cul-de-sac conjonctival. La surface en est plus ou moins arrondie, bombée, irrégulière. Au début, la paupière ne présente aucune adhérence avec elle; mais, à mesure que la tumeur progresse vers l'extérieur, elle repousse les tissus sus-jacents et, lorsque la peau est envahie, elle peut, à son tour, devenir adhérente.

En faisant exécuter des mouvements au globe oculaire, on voit que la tumeur ne présente aucun rapport avec lui, qu'elle est immobile, accolée à l'os frontal. Plus tard cependant, la tumeur peut se propager jusqu'au globe, et, dès lors, l'œil est en partie immobilisé par le néoplasme. Mais, lorsque la tumeur reste limitée à la glande, lorsqu'elle n'a pas envahi les organes voisins, ceux-ci ne présentent naturellement aucune espèce de lésion.

B. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Les symptômes fonctionnels sont les douleurs, les troubles dans la sécrétion des larmes et les troubles de la vision.

a) *Douleurs*. — Elles sont extrêmement variables et peuvent même faire défaut. Lorsqu'elles existent, elles sont lancinantes, et occupent toujours la région fronto-

temporale correspondante. Leur acuité peut être plus ou moins grande, mais elle n'acquiert pas d'intensité avant que le néoplasme n'ait atteint un certain volume. Presque tous les malades qui ont souffert ont accusé des élancements dans la région temporale.

b) *Troubles de la sécrétion des larmes.* — Ce symptôme est important à relever au point de vue de la physiologie de la glande lacrymale orbitaire. Pour Badal, l'ablation de la glande lacrymale orbitaire serait sans influence fâcheuse sur la lubrification de l'œil, qui perd seulement la faculté de pleurer ; il est possible que cette portion de la glande ait pour fonction exclusive la sécrétion des larmes proprement dite, sous l'influence des causes morales ou physiques qui provoquent les pleurs, et la glande lacrymale dite « accessoire » serait, en réalité, de beaucoup la plus importante.

Weller, Cooper avaient noté la sécheresse de l'œil comme un des premiers symptômes du squirrhe de la glande lacrymale. Tood, O'Beirne ont vu, au contraire, une sécrétion beaucoup plus abondante des larmes, surtout par l'exposition au grand air, ou par une irritation produite soit par la vapeur, soit par la pression. Mais ces auteurs ne disent pas ce qu'est devenue la sécrétion des larmes après l'opération.

Dans un cas rapporté par Maslieurat-Lagemard, l'écoulement des larmes a diminué peu à peu et finalement disparu après l'extirpation de la glande, sans que la lubrification de l'œil soit altérée.

Dans le cas récent dont nous publions l'observation, on n'a pu noter si la malade pouvait avoir un écoulement de larmes du côté atteint ; mais, lorsqu'elle quitta l'hôpi-

tal, son œil semblait avoir une lubrification normale assurée.

Il est possible qu'au début du développement de la tumeur, il y ait *epiphora*, mais à mesure que la glande est détruite, la sécrétion des larmes semble disparaître. C'est surtout lorsque le malade vient à pleurer qu'on s'en aperçoit.

c) *Troubles de la vision.* — Le malade peut présenter de la *diplopie* et de l'*amblyopie*.

La diplopie binoculaire est le résultat de la gêne dans les mouvements de l'œil. Elle apparaît quand le malade veut mouvoir l'œil du côté où se trouve le néoplasme. Dans le reste du champ de la vision binoculaire, la diplopie disparaît. Elle manque souvent au début ; il faut, en effet, pour qu'elle existe, que la tumeur ait déjà acquis un certain volume.

Un assez grand nombre de malades accusent une diminution de l'acuité visuelle. Cette amblyopie peut aller jusqu'à la cécité. Elle résulte des phénomènes d'élongation, et surtout de compression, que la tumeur exerce sur le nerf optique, au voisinage du pôle postérieur de l'œil.

Dans ce cas, l'examen ophtalmologique montrera la gêne de la circulation du cordon nerveux. La papille, légèrement pâle, montre des artères à peu près normales ; les veines au contraire sont sinueuses et dilatées, gorgées de sang. Les bords de la papille œdématiée sont flous, mal délimités.

Dupuy-Dutemps, dans sa théorie pathogénique de la stase papillaire, admet que c'est la veine centrale à son

passage à travers les gaines du nerf, qui produit une congestion veineuse suivie d'œdème. Cette stase veineuse disparaît d'ailleurs après l'intervention. La compression du nerf optique peut provoquer enfin, si l'on n'intervient pas à temps, une névrite qui aboutira fatalement à l'atrophie et à la cécité.

DIAGNOSTIC

Les symptômes recueillis, le diagnostic est facile quand la tumeur est vue au début. Toutes les fois qu'on peut reconnaître une tumeur siégeant dans la fossette lacrymale, les autres causes possibles d'exophtalmie étant éliminées, il est hors de doute que la glande lacrymale orbitaire est atteinte, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur osseuse repoussant la glande au devant d'elle. Dans ce cas, le diagnostic est bien difficile avant l'intervention.

Les tumeurs kystiques, les kystes hydatiques présentent de la fluctuation qui empêche de les confondre avec une tumeur solide. Dans les cas douteux de pseudo-fluctuation, une ponction exploratrice nous fixera.

Le diagnostic anatomique est donc facile. Le diagnostic de malignité sera basé sur les données générales, âge du malade, *rapidité de l'évolution du mal*, et surtout, envahissement des tissus voisins ou *isolement de la tumeur*.

Dans les observations que nous avons recueillies, en effet, nous avons affaire à des affections dont le début remonte à plusieurs années bien souvent, et qui ont eu, au moins au début, une phase de tumeur d'allure bénigne, isolée des tissus voisins par la capsule fibreuse.

PRONOSTIC

Il dépend de la nature de la tumeur et de l'intervention. Le microscope, en fixant un diagnostic définitif, nous indiquera aussi les suites opératoires.

Il ressort de l'examen des observations publiées que la simple ablation possède à son actif des guérisons qu'on peut considérer comme définitives, mais, dans la plupart des cas, les observations ne se prolongent pas assez longtemps après l'opération pour que l'on puisse affirmer que la guérison est durable.

La présence d'une capsule entre certainement en ligne de compte pour l'appréciation des suites opératoires. Quand la tumeur est bien limitée, lorsqu'elle est encore enfermée dans la capsule lacrymale, son évolution est lente et donne à l'intervention immédiate des chances de succès.

Au contraire, quand elle est étendue dans l'orbite, qu'elle a envahi le périoste, l'os, les muscles ou même le globe, le résultat de l'intervention est plus douteux, le pronostic beaucoup plus sombre, et, même en sacrifiant l'œil, on n'arrive pas à dépasser les limites du mal (Rollet).

La garantie constituée par la coque fibreuse n'est d'ailleurs pas absolue, et si l'on s'en rapporte au travail de Schaeffer, les cas d'ablation simple de tumeurs encapsulées de la glande lacrymale, où des récidives ont été constatées souvent même peu de temps après l'opération, est considérable.

Sur les dix-sept observations que nous avons retenues, nous relevons neuf cas qui ont été suivis de récidives et

il faut noter que, dans la plupart des autres cas, il s'agit de malades qui ont été perdus de vue, ou, comme nous le disions plus haut, qui n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y a pas eu, ou qu'il n'y aura pas de nouvelle poussée néoplasique.

Il faut donc se hâter d'intervenir rapidement et aussi largement que possible, tout en conservant les mouvements de l'œil et la vision dans leur intégrité. Nous verrons plus loin comment.

CHAPITRE III

Etude Anatomo-Pathologique

L'anatomie pathologique est un des points les plus intéressants de l'étude des tumeurs qui nous occupent, puisque l'examen histologique seul peut permettre de déterminer la nature maligne ou bénigne des néoplasmes observés, et d'en discuter le pronostic.

En parcourant les auteurs, il est très difficile de trouver des observations relatant une description détaillée de la constitution histologique de la tumeur. Le plus souvent, il n'y a que de vagues indications sur le diagnostic anatomo-pathologique. Les auteurs se contentent de dire qu'il s'agit de fibromes ou de sarcomes, mais, étant donné le peu de précision de ces définitions, il est impossible de se faire une opinion sur leur constitution exacte.

On note un grand nombre de tumeurs malignes d'emblée, ou, du moins, considérées comme telles. Les tumeurs bénignes (adénomes) sont en petit nombre.

Le premier examen histologique complet a été fait par Malherbe, sur les tumeurs extirpées par Dianoux, et, depuis cette époque, la majeure partie des observations publiées se rapportent à des tumeurs mixtes, diversement désignées, mais qui, d'après les examens histologiques plus ou moins complets qui les accompagnent, peuvent être rapprochées du type anatomique décrit par Malherbe, sous le nom d'*épithélioma polymorphe*.

En analysant les examens, nous tenterons de faire une description schématique des tumeurs mixtes de la glande lacrymale.

Ces tumeurs constituent toujours une masse unique, de forme arrondie, plus ou moins bosselée. Elles ont en général un volume assez réduit, grosses comme un pois ou une noix. La gêne qui résulte pour le malade du développement progressif de la tumeur l'amène devant le chirurgien avant qu'elle ait atteint un volume intolérable, comme dans le cas rapporté par Brandès et Van Duyse (obs. XVII).

Toujours limitées nettement par une capsule fibreuse d'épaisseur variable, elles n'adhèrent qu'exceptionnellement aux tissus voisins dont elles sont séparées par une couche de tissu cellulaire lâche.

Leur consistance est d'autant plus dure que leur volume est plus réduit.

A la coupe, ces tumeurs présentent une disposition lobulée plus ou moins nette et on aperçoit des amas nodulaires ou des traînées jaunâtres, et, les séparant, un stroma de tissu fibreux formant des cloisons irrégulières et plus ou moins larges.

Dans ces cloisons se voient les coupes de vaisseaux, principalement à leurs intersections, et en certains points, des taches hyalines et molles correspondant à des zones de tissu muqueux.

On peut y rencontrer aussi des îlots de cartilage, comme dans les deux derniers cas que nous avons recueillis (obs. XVI et XVII).

L'examen microscopique confirme la simple inspection à l'œil nu et nous montre deux éléments qui se parta-

gent la masse de la tumeur : c'est d'abord un stroma ou charpente, puis des amas cellulaires épithéliaux formant la partie principale du néoplasme. Nous étudierons successivement les détails du tissu épithélial, puis du stroma de la tumeur.

A. TISSU ÉPITHÉLIAL. — L'élément cellulaire des lobules présente une grande variété.

En certains points, comme dans la tumeur que nous avons observée, la prolifération épithéliale est typique et aboutit à la formation de véritables tubes glandulaires et acini, constituant une sorte d'adénome.

Ailleurs, on trouve des boyaux cellulaires allongés s'embranchant les uns sur les autres, à lumière plus ou moins large, constitués par une double rangée de cellules épithéliales. La couche interne est formée de cellules cubiques, petites et aplaties, à protoplasme dense et granuleux. La couche externe comprend des éléments cylindriques à protoplasme clair et transparent.

A côté de l'épithélium cylindrique, on trouve parfois des traînées de cellules polyédriques par pression réciproque, où l'hématoxyline ferrique de Heidenhain montre des prolongements protoplasmiques s'étendant d'un élément à l'autre. Il s'agit indiscutablement de cellules épithéliales pavimenteuses dont les amas se raccordent aux boyaux cellulaires pseudo-glandulaires que nous venons de décrire (obs. II, V, VII, XVI).

Enfin, dans certains îlots épithéliaux on rencontre des lacunes. Dupuy-Dutemps a observé que le bloc colloïde qui les remplit présente parfois des vestiges de noyaux à peine reconnaissables, ou bien est composé d'un agré-

gat de cellules épithéliales pâles, gonflées, prenant mal les colorants nucléaires et donnant les réactions de la substance colloïde. Dans certains îlots dont la cavité n'est pas encore formée, on peut voir les cellules centrales à tous les degrés de la dégénérescence colloïde.

Dans d'autres points, les espaces clairs, « si nombreux
« par places que certaines préparations en sont pour ainsi
« dire découpées à jour, et que les cellules épithéliales
« dessinant une sorte de réseau, semblent devenir à leur
« tour le squelette du tissu, constituent ce que Robin a
« décrit sous le nom de *corps oviformes*, et donnent véri-
« tablement au groupement une physionomie toute spé-
« ciale. De dimensions variables, à peu près également
« réparties au centre et à la périphérie des amas épithé-
« liaux, ces lacunes se réunissent quelquefois pour former
« des vides qui prennent l'importance de petits kystes à
« contenu hyalin ».

Tondeur, à qui nous empruntons cette description des corps oviformes, pense que leur formation est due à deux processus qui se développent parallèlement dans la néoformation : bourgeonnement avec régression muqueuse du stroma, et sécrétion ou dégénérescence hyaloïde cellulaire, et que les débris épithéliaux qui bordent ou envahissent certaines lacunes sont des cadavres de cellules altérées par la poussée du bourgeon trabéculaire, se faisant place dans l'intimité du tissu.

B. STROMA. — Le stroma n'est pas moins varié que l'élément épithélial, et tous les types de tissu conjonctif peuvent s'y rencontrer, depuis le tissu cellulaire lâche jusqu'au tissu fibreux le plus dense. On trouvera, en certains cas, des cellules étoilées éparses dans une

substance fondamentale amorphe, muqueuse ; ailleurs encore, du tissu cartilagineux typique, soit hyalin, soit fibrillaire ; les cellules cartilagineuses sont encapsulées, ou parfois libres et de forme étoilée, aspect qui ne se rencontre pas dans le cartilage normal, mais qui n'est pas très rare dans toute espèce de chondrome.

« Un point intéressant est l'entrecroisement des fais-
« ceaux fibreux qui constituent les cloisons interlobu-
« laires.

« Sur de nombreuses places, le stroma gonflé, gri-
« sâtre, « de mauvaise qualité », pour ainsi dire, se colo-
« rant mal, est en voie de transformation ; quelquefois, il
« revêt une apparence granuleuse qui constitue probable-
« ment un premier stade de la régression myxomateuse.
« Quoi qu'il en soit, on distingue ça et là sur la trame,
« des masses hyalines, réfringentes, en boules ou en
« cylindres, amorphes ou finement et irrégulièrement
« réticulées, qui sont manifestement le résultat d'une
« altération du tissu de charpente. Ce sont ces points
« envahis par la transformation muqueuse qui s'avan-
« cent en bourgeonnant dans la masse épithéliale, et il
« est vraisemblable que dans l'épaisseur de la tumeur, les
« coulées qu'ils forment se ramifient suivant des plans
« divers, figurant dans leur ensemble un système com-
« plexe s'insinuant à travers la substance épithéliale,
« criblant celle-ci en tous sens, et expliquant clairement
« alors l'aspect, sur la coupe, des lacs muqueux au
« milieu des îlots épithéliaux, tout en faisant naître à
« l'esprit l'idée d'une tumeur double, épithéliale et
« conjonctive, dont les éléments se pénètrent récipro-
« quement et se développent côte à côte en se disputant
« la place.

« Ajoutons enfin qu'aux confins des régions dégéné-
« rées et des *acini* encore intacts, la trame a conservé ses
« caractères habituels, tandis que les cellules épithéliales
« commencent à se tasser dans les culs-de-sac, à se défor-
« mer. Plus loin, les amas qu'elles forment prennent les
« aspects les plus bizarres, perdent leurs limites natu-
« relles et se remplissent de corps oviformes. » (Tondeur.)
Cette dernière disposition a été relevée dans le cas rap-
porté par Dupuy-Dutemps (obs. VIII).

Le point le plus intéressant de l'examen histologique est donc le dimorphisme des cellules néoplasiques, et l'on est frappé par l'analogie complète qui existe entre ces tumeurs mixtes des glandes lacrymales et les tumeurs mixtes décrites dans les glandes salivaires, la parotide en particulier.

L'anatomie et la physiologie des glandes lacrymales et des glandes salivaires ont de nombreux points communs, et l'embryologie nous montre ces glandes naissant les unes et les autres d'un bourgeon plein et cylindrique de l'épithélium d'une muqueuse.

Cette analogie se retrouve dans les caractères histologiques des noyaux adultes, et il semble, *a priori*, que des organes liés par de telles affinités doivent subir les mêmes déviations pathologiques, et, formés d'éléments anatomiques semblables, souffrir aussi de semblables dégénérescences.

Les recherches de l'Ecole de Nantes ont établi qu'à côté d'un très petit nombre de tumeurs purement épithéliales ou purement connectives, qui peuvent évoluer aux dépens des glandes salivaires, la majorité des néo-

plasmes qui envahissent les organes sont des tumeurs mixtes.

Nous pensons que ces conclusions sont également applicables aux néoplasmes de la glande lacrymale, et que dans la plupart des cas où l'on a posé un diagnostic histologique d'épithéliome ou de sarcome, il s'agissait en réalité de tumeurs mixtes en voie d'évolution maligne. L'observation clinique vient d'ailleurs à l'appui de cette présomption, en signalant presque dans tous les cas la lenteur de l'apparition des symptômes au début de l'évolution de l'affection néoplasique.

D'un autre côté, les mêmes discussions auxquelles ont donné lieu les théories française et allemande de l'histogénèse des tumeurs mixtes des glandes salivaires se sont étendues aux diagnostics posés sur l'anatomie pathologique des tumeurs des glandes lacrymales.

L'opinion classique en France est en effet que ces tumeurs sont formées d'éléments complexes, les uns nés aux dépens de l'*épithélium glandulaire*, les autres aux dépens du tissu conjonctif péri-acineux et péri-lobulaire. Les deux éléments prolifèrent simultanément et parallèlement ; il en résulte une tumeur mixte, à la fois épithéliale et conjonctive ; quant au cartilage, il proviendrait d'une transformation du tissu conjonctif.

En Allemagne, au contraire, on a toujours admis l'origine purement conjonctive de ces tumeurs. Les traînées cellulaires anastomosées en réseaux, regardées en France comme épithéliales, sont dues, pour les auteurs allemands, à la prolifération de l'*endothelium* des fentes lymphatiques, exceptionnellement des capillaires sanguins. Les tumeurs mixtes seraient donc des endothéliomes.

D'après les défenseurs de l'origine *endothéliale* des tumeurs de la glande salivaire et des tumeurs apparentées de l'orbite, les canaux cellulaires ont une grande ressemblance avec des formations épithéliales : les endothèles peuvent former des globes à couches concentriques et sécréter de la mucine comme les cellules caliciformes ; par leur disposition, les endothèles peuvent simuler à s'y méprendre des tubes glandulaires avec cellules cylindriques ou des traînées de cellules épithéliales pavimenteuses. Le stroma est variable (tissu fibrillaire, connectif, cartilagineux, voire même osseux) ; la prolifération du tissu connectif, spécialement de l'adventice des vaisseaux, peut engendrer des parties sarcomateuses.

Volkman a nié l'existence de cellules épithéliales dans ces tumeurs. Pourtant, Dupuy-Dutemps (obs. VIII) a montré, comme preuve à l'appui de la théorie française, la présence de granulations graisseuses dans quelques-unes des cellules qui limitent les cavités, caractères que présente, dans certaines conditions, l'épithélium sécréteur des acini lacrymaux. Van Duyse apporte, comme argument, la présence de cellules épithéliales glandulaires et de cellules épithéliales pavimenteuses à ponts intercellulaires (obs. XVI).

Rogmann, pour soutenir au contraire la thèse de l'origine endothéliale se base sur la présence des globes et des perles épidermiques signalés aussi par Van Duyse (obs. XVI). Ces globes épidermiques se formeraient par une espèce de kératinisation des cellules ; or cette kératinisation ne pourrait s'opérer que sur l'épithélium des cellules de revêtement, et non sur celui des glandes ; il en

résulterait que les corps oviformes qu'on trouve presque constamment dans ces tumeurs doivent être considérés comme endothéliaux, et non comme épithéliaux.

Une nouvelle théorie a été proposée par Wilms pour expliquer la genèse des tumeurs mixtes. Elle se rapproche de la théorie française en ce sens qu'elle admet la participation simultanée de l'épithélium et du tissu conjonctif, à la constitution du néoplasme, mais elle en diffère parce qu'elle place son origine non plus dans le tissu glandulaire adulte, mais dans les débris embryonnaires formés de tissus encore très peu différenciés, qui seraient inclus dans l'épaisseur de la glande depuis une époque très reculée du développement, et se mettraient à évoluer à un moment donné pour former des ébauches de tissus adultes. On retrouve toujours, en effet, dans la structure des tumeurs mixtes des tissus dont on peut expliquer la présence par l'évolution embryonnaire de la région (arcs branchiaux au niveau de la parotide).

On voit combien la question est complexe, certains auteurs donnant des diagnostics histologiques que d'autres récusent, d'où une grande confusion.

Nous n'avons pas ici à prendre place dans ce débat et nous pensons que si le diagnostic anatomo-pathologique d'une tumeur de la glande lacrymale doit toujours être fait avec la plus grande précision, c'est seulement pour donner au clinicien des éléments d'appréciation sur le pronostic de l'affection, sur les chances de récurrence qui seront d'autant plus nombreuses que l'élément épithélial de la tumeur semblera avoir le dessus dans la lutte avec l'élément connectif.

CHAPITRE IV

Traitement

Le diagnostic de tumeur de la glande lacrymale orbitaire étant posé, il faut songer à l'intervention.

Il n'y a pas de traitement médical des vraies tumeurs. Ce n'est qu'en présence d'un malade suspect d'infection syphilitique qu'on pourra essayer une médication interne ; mais, en l'absence d'antécédents de cette nature, il serait fort imprudent de temporiser.

Le véritable traitement est donc l'intervention chirurgicale, l'extirpation du néoplasme.

Il convient, pour légitimer l'acte chirurgical, que l'opérateur puisse enlever la totalité du mal ; il faut aussi que l'état général du sujet soit bon, qu'il n'y ait aucune généralisation dans l'organisme. Quand les deux conditions ci-dessus sont réunies, il faut intervenir, que la tumeur paraisse encapsulée ou non.

Dans la majorité des cas on est en présence de tumeurs en voie d'accroissement lent, qui sont encore incluses dans leur capsule fibreuse qui les limite fort bien de toutes parts. A cette période de début, on est certain de dépasser les limites du mal, on réduit au minimum les chances de récurrence.

L'intervention doit donc être hâtive. On peut ainsi prévenir les complications qui peuvent découler d'un aussi dangereux voisinage, les pressions sur le bulbe et sur les nerfs de l'orbite, l'usure osseuse, l'inflammation consécutive des méninges, et faire bénéficier le malade d'une ablation plus complète, le curetage de la fossette lacrymale devenant dangereux quand les parois osseuses de l'orbite ont été amincies par une longue compression ; l'opération au contraire se bornera à une extirpation pure et simple si la tumeur, jeune, est moins volumineuse et libre d'adhérences.

Il est enfin une considération qui commande l'opération d'urgence : si la tumeur a persisté un certain temps, le tissu cellulo-graisseux de l'orbite s'est atrophié et ne se régénère pas ; après une opération trop tardive, le globe oculaire restera enfoncé dans sa loge trop spacieuse ; bien plus, la réaction inflammatoire soutenue ayant établi des adhérences anormales à la capsule de Tenon, l'œil perdra de l'amplitude de ses mouvements, pourra même rester ankylosé et rétracté dans l'orbite, accident fort disgracieux, et sérieux au point de vue de la fonction définitivement troublée.

Nous avons à envisager deux cas au point de vue thérapeutique. Ou bien nous sommes en présence d'une tumeur mixte vraie, c'est-à-dire *encapsulée*, et dans ce cas, il ne s'agit pas seulement d'une tumeur limitée à la fossette lacrymale. La tumeur s'étend toujours plus ou moins en haut et en arrière dans l'orbite, et il s'agit, en résumé, d'une tumeur de l'orbite à début supéro-externe. Ou bien, la tumeur mixte a récidivé sous un type malin, épithélial ou conjonctif (épithéliome ou sarcome), elle

est *diffuse et adhérente*. Disons de suite que dans ce dernier cas on peut s'adresser aux rayons X avant d'envisager l'énucléation et l'exentération, c'est-à-dire l'évidement du contenu orbitaire.

Revenons à notre premier cas, de tumeur mixte vraie, qui est le sujet de notre travail.

Nous avons ici affaire à une tumeur encapsulée. Cette tumeur doit être enlevée dans sa capsule, énucléée avec le doigt en conservant l'œil dans son intégrité. En toutes circonstances, on doit circonscrire complètement les tissus malades et le bistouri ne doit laisser derrière lui que du tissu sain.

Ceci est presque toujours réalisable et il ne peut être question ici d'exentération. Les malades arrivent avant que des désordres graves ne se soient produits, et nous ne comprenons pas Verhoeff qui, d'emblée, dans les cas de tumeurs mixtes, a préconisé non seulement l'énucléation, mais l'évidement du contenu orbitaire. Cette opération est inutile à la période qui nous intéresse, et les malades dont la vision n'est pas atteinte, ne l'accepteront pas ; les observations montrent qu'elle n'empêche pas les récidives et que, dans les cas où la vision a été réduite par suite de l'œdème papillaire, l'extirpation simple amène une amélioration très rapide.

D'ailleurs, en dehors de la responsabilité que prendrait le chirurgien de priver, sans raison valable, son malade d'un œil qui peut encore voir, comment oublier l'erreur de Wharton qui, à Manchester, en 1905, pratiqua d'emblée l'exentération de toute la cavité orbitaire, sous l'impression que sa malade, une jeune fille de 21 ans, était atteinte d'une tumeur de la glande lacrymale orbitaire ;

l'examen anatomo-pathologique démontra que la lésion était une dacryo-adénite aiguë.

On s'en tiendra donc à l'extirpation de la glande lacrymale orbitaire. Comment doit-on la pratiquer ?

On admettait autrefois deux voies d'accès pour les tumeurs de l'orbite.

A. A TRAVERS LES PARTIES MOLLES. — Deux routes ont été suivies : la voie *transpalpébrale*, par Maisonnave, Halpin, et la voie *transconjonctivale* de Knapp, qui consiste dans l'incision du cul-de-sac conjonctival et dans la pénétration directe dans la cavité orbitaire en sectionnant tout ce que l'on trouve devant soi.

Nous ne décrirons pas ces procédés ; on conçoit les désordres, les dégâts que peut amener une telle manière de faire, et à quels dangers d'atrophie on expose l'organe de la vision. Plus qu'il n'en faut assurément pour condamner à tout jamais un semblable procédé, pour l'abandonner définitivement et sans remise.

B. A TRAVERS UNE BRÈCHE OSSEUSE. — Il s'agit ici de l'opération de Krönlein, de Zurich. Cette opération est caractérisée par la résection osseuse temporaire ou permanente de la paroi externe de l'orbite : elle donne certainement un grand jour et permet bien de voir ce qui se passe à l'intérieur de la cavité orbitaire, mais, en dehors de ce fait que l'opération est beaucoup plus compliquée qu'il n'est utile, c'est un procédé à rejeter absolument pour l'extirpation des tumeurs de la glande lacrymale orbitaire, car les lésions produites sont encore bien graves et les conséquences non moins sérieuses. Une statistique de 1907 indiquait que sur trente-cinq opéra-

tions de Krönlein publiées, trois fois seulement la mobilité de l'œil a été conservée normale et deux fois en tout la vision est demeurée intacte.

Nous pensons en tout cas que les tumeurs de la glande lacrymale orbitaire nécessiteraient plutôt une exentération totale de l'orbite, si on leur permettait d'atteindre un volume si considérable qu'elles ne puissent plus être extirpées par le procédé infiniment plus simple de l'*orbitotomie par incision curviligne externe*, qui est dû au Professeur E. Rollet, et dont les indications et les détails de technique viennent d'être développés dans la thèse inaugurale de Noblat.

Ce qui caractérise la méthode du Professeur Rollet, ce n'est pas seulement l'incision cutanée curviligne externe, à la marge de l'orbite, respectant la musculature palpébrale, mais encore le mode d'exploration profonde de l'orbite sans léser les vaisseaux et nerfs qui se rendent aux muscles de l'œil.

Nous résumerons rapidement les divers temps opératoires de cette méthode.

1° *Suture des paupières sans blepharorrhaphie par avivement.* — Cette suture a pour but de protéger l'œil de toute atteinte opératoire ou post-opératoire et de faciliter l'examen de l'orbite profond.

2° *Incision curviligne externe* de 3 centimètres au moins et un peu supéro-externe, sur la margelle externe de l'orbite, zone d'abord non dangeux.

L'incision sera menée au besoin un centimètre plus haut, empiétant légèrement sur la queue du sourcil. Il n'y a pas d'hémorragie à la section de la peau.

Le bistouri mord jusqu'à l'os sous-jacent, puis on sectionne l'aponévrose antérieure à la rugine concave au ras du bord orbitaire.

3° *Exploration digitale de l'orbite*, sans léser l'aponévrose postérieure qui renferme graisse, muscles, vaisseaux et nerfs. On décolle au doigt un large espace.

4° *Extirpation de la tumeur et suture intradermique*. — Le réunion se fait par première intention. L'hémorragie est nulle. Les suites opératoires sont simples, l'opération n'est pas traumatisante et l'on n'observe pas de ptosis ou d'anesthésie frontale après l'intervention. Quant aux résultats esthétiques, ils sont parfaits.

Cette opération est donc la méthode de choix pour l'extirpation des tumeurs qui nous intéressent, c'est la seule qui puisse être indiquée puisque, fait essentiel, les mouvements de l'œil sont conservés et l'acuité visuelle n'a jamais à souffrir de l'intervention.

Cette opération a été faite chez notre malade (obs. I), présentée à la Société d'Ophtalmologie de Lyon. D'autre part, nous donnons l'observation XV, où MM. Aubineau et Civel ont employé le même procédé pour l'extirpation d'une tumeur récidivée, en conservant à l'œil son intégrité.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite. Clinique ophtalmologique de M. le Professeur ROLLET)

Exophtalmie en bas. — Grosse tumeur orbitaire supéro-externe droite. — Papille blanche. — Orbitotomie externe curviligne, procédé de M. le Professeur Rollet. — Ablation d'un néoplasme encapsulé (myxo-fibro-épithéliome) de la glande lacrymale orbitaire.

Joséphine S..., 44 ans, ménagère, entre à la clinique ophtalmologique, le 11 octobre 1921, pour exophtalmie de l'œil droit.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux. Mariée, deux enfants en bonne santé ; mari bien portant ; une fausse couche de trois mois (deuxième grossesse).

L'affection actuelle a débuté, il y a deux ans, à la fin de l'année 1919, par une petite tuméfaction siégeant sous la paupière supérieure droite, à l'angle externe. Cette tuméfaction a augmenté peu à peu, entraînant de l'exophtalmie et l'abaissement du globe oculaire.

Le début de l'affection a été accompagné de douleurs péri-orbitaires, siégeant surtout à la région temporale droite, et de rougeur conjonctivale.

La malade a consulté à Genève, où on lui a ordonné de l'iodure de potassium et conseillé une opération qui fut refusée. Ce traitement médical fut inefficace.

Depuis quelques mois, les douleurs sont plus marquées, surtout le matin.

À l'examen, le globe oculaire droit est saillant et fortement abaissé. La palpation montre l'existence, au-dessous de l'arcade orbitaire, d'une tumeur qui n'a pas une dureté osseuse ; elle est plutôt de consistance cartilagineuse.

Elle est nettement isolée du rebord orbitaire que l'on sent légèrement déformé et crénelé. On isole également bien la tuméfaction du globe oculaire.



Cette tumeur a le volume d'une noix. Les plans superficiels sont mobiles sur elle ; elle-même est légèrement mobilisable latéralement, non douloureuse, pas de point sus-orbitaire ni sous-orbitaire ; pas de ganglions cervicaux ou pré-auriculaires.

On sent un petit prolongement de la tumeur au niveau de l'angle externe de l'œil, de sorte que celui-ci est dévié en dedans et en bas. Les mouvements d'élévation du globe oculaire sont gênés et la malade ne peut porter son œil en dehors.

La pupille est normale, les réflexes normaux. Il n'y a pas de diplopie.

L'examen ophtalmologique montre une *papille atrophiée, blanche*. La vision est considérablement réduite : V O D = 1/15 avec sphérique — 14 D.

On intervient le 18 octobre 1921. Extirpation en totalité, par M. le Professeur Rollet, d'une tumeur volumineuse, encapsulée. On n'observe aucune lésion osseuse. La voûte orbitaire est cependant voussurée, mais il n'existe pas d'adhérences, pas d'envahissement osseux. La capsule a crevé au cours de l'opération, laissant échapper des masses grumeleuses, mais la tumeur a été extirpée en totalité. On n'a placé aucune pince hémostatique pendant les divers temps opératoires.

Le 20 octobre, on enlève la mèche ; réunion par première intention. La malade quitte l'hôpital le 10 novembre. A ce moment, l'exophtalmie a disparu, le globe oculaire a repris ses mouvements normaux. Aucun trouble à signaler dans la lumbrefaction de la cornée.

Examen macroscopique. — La tumeur a été examinée par M. le docteur Bussy, chef de clinique ophtalmologique. Elle a le volume d'une noix, de forme arrondie. Sa surface extérieure, irrégulière, légèrement bosselée, peu vascularisée, a un aspect lisse, blanc rosé, dû à la capsule fibreuse qui l'entoure complètement.

A la coupe, la capsule apparaît assez épaisse, régulière. Elle détache, vers l'intérieur de la tumeur, des prolongements qui la cloisonnent en lobules.

Le tissu propre de la tumeur semble friable, se fragmentant facilement en petits morceaux grenus ; il a une coloration jaune rougeâtre d'aspect un peu transparent.

Examen microscopique. — La tumeur a été fixée au formol, incluse à la paraffine, et coupée en séries. Les principales colorations employées ont été l'hématéine-éosine et le picro-ponceau.

L'examen microscopique nous montre que la tumeur est limitée par son enveloppe épaisse, constituée par du tissu fibreux assez dense, disposé en lames minces et concentriques, revêtant toute la surface. Pas d'infiltration cellulaire, ce qui

indique déjà qu'il y a eu très peu de réaction inflammatoire. A cette enveloppe, du côté externe, adhérent encore quelques débris adipo-connectifs.

De sa face profonde se détachent, en certains points, des prolongements semblables à elle, qui se dédoublent, s'anastomosent en cloisonnant la tumeur en un certain nombre de loges, de dimensions variables. Aux points de rencontre de ces travées, on peut observer une riche vascularisation.

Toute une partie du tissu propre de la tumeur est constituée par la glande lacrymale orbitaire elle-même, absolument normale, avec des acini et des canaux excréteurs typiques. Les lobules sont peut-être un peu dissociées, mais les acini sont réguliers et l'épithélium ne paraît avoir subi encore aucune dégénérescence.

Le tissu glandulaire normal se différencie nettement du tissu néoplasique. Ce dernier forme la majeure partie de la tumeur, les deux tiers environ.

Dans cette portion, le contenu des nodules nous apparaît en général formé d'un mélange de tissus fibreux et myxomateux, au milieu desquels nagent des acini glandulaires et quelques tubes cellulaires pleins épithéliaux.

Les acini ont un aspect tortueux de culs-de-sac coupés dans des plans divers. Ils n'ont aucune régularité dans leurs formes et leurs dimensions, les uns arrondis, les autres ovalaires ou aplatis en forme de fente. Leur épithélium semble pourtant avoir conservé les caractères normaux des cellules lacrymales et l'on n'y trouve pas de figures karyokinétiques, ce qui est en faveur d'un pronostic plutôt bénin.

En d'autres points, on trouve des ilots cellulaires irréguliers constitués par des masses de cellules à noyau unique, étroitement au contact les unes des autres.

Enfin, nous avons rencontré des points où la masse néoplasique présentait de nombreuses lacunes remplies de substance colloïde et qui semblent correspondre aux corps oviformes décrits dans de nombreuses observations de cylindromes.

En résumé, étant donné la multiplicité des éléments dont elle est composée, par la juxtaposition des productions myxomateuses et conjonctives, associées aux formations épithéliales, ce néoplasme doit être considéré comme un *tumeur mixte*, développée aux dépens de la glande lacrymale orbitaire, sans caractère bien net de malignité (fibro-myo-épithéliome). Il est tout à fait l'analogue des tumeurs mixtes des glandes salivaires et en particulier de la parotide.

OBSERVATION II (résumée)

(DIANOUX)

Tumeur mixte. — Epithélioma polymorphe de la glande lacrymale orbitaire. — Extirpation par voie transpalpébrale. — Deux récurrences en dix-huit mois. — Exentération.

Femme, 36 ans, ayant eu la syphilis. A reçu un violent coup sur la tempe. Présente de l'exophtalmie de l'œil droit, avec mouvements très limités du globe. Vue intacte ; rien à l'ophtalmoscope. Fonction lacrymale abolie. Pas de douleurs. Pas de ganglions engorgés.

Le début remonte à sept ans au moins.

Opération le 26 mars 1892. Ablation par voie transpalpébrale. La tumeur adhérait au fond de la fossette lacrymale. Perforation osseuse. Pas de suites opératoires, sauf une anesthésie complète de la région droite du front avec aberration de la sensibilité. Cette sensibilité était rétablie au bout de quatre mois en même temps que l'exophtalmie avait disparu.

Récurrence quelques mois après. Ablation. La perforation notée précédemment est comblée par du tissu fibreux très résistant.

Nouvelle récurrence en novembre 1893. Tout l'orbite est envahi, la vision abolie ; la papille est œdémateuse. Pas de trouble cérébral, pas de céphalalgie, pas d'adénite. Exentération. Trois perforations osseuses. Pas de suites opératoires.

La malade, revue quatre mois après, est en bonne santé.

Examen histologique. — Il existe dans le néoplasme une trame et des amas cellulaires renfermés dans cette trame. Ça et là existent quelques lacunes siégeant au sein des amas cellulaires, soit surtout sur la trame où elles peuvent affecter des formes très allongées.

La trame est constituée par du tissu fibreux, tantôt fibrillaire, tantôt condensé en faisceaux assez épais, formant un feutrage d'une texture très serrée, tantôt gonflé, grisâtre et disposé à se transformer en divers points en tissu muqueux, peut-être même par places en tissu élastique. Cette dégénérescence tend à former d'assez grands espaces qui s'infiltrèrent et envoient des prolongements dissociant les amas épithéliaux. *Disposition analogue à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires.*

L'élément épithélial offre, comme la trame, des aspects variés. Cependant ces amas affectent, dans leur disposition, le type général de l'épithélium tubulé ; mais on y rencontre aussi des groupes de forme irrégulière et comme déchiquetée, due à la dissociation que leur fait subir l'envahissement de la trame conjonctive.

Cette lutte entre les deux éléments fondamentaux du néoplasme est, on le sait, la caractéristique de ces tumeurs mixtes.

La tendance à la prédominance du tissu conjonctif comporte un pronostic relativement bénin pendant un certain nombre d'années, au bout desquelles l'élément épithélial peut subitement proliférer et imprimer alors à la tumeur une marche maligne et conséquemment un pronostic grave.

Les amas cellulaires sont eux-mêmes envahis dans leur centre par la dégénération muqueuse. Certains groupes ne forment plus que des anneaux plus ou moins complets de cellules circonscrivant des lacunes, des corps oviformes qui ne sont autre chose qu'une transformation muqueuse de la cellule épithéliale.

En résumé, cette tumeur mixte doit être considérée comme un épithélioma tubulé à trame variable, répondant, au point de vue du groupement cellulaire, à la tumeur décrite en Allemagne sous le nom de *cylindrome*.

La tumeur récidivée était du même type que la tumeur primitive.

OBSERVATION III (résumée)

(DIANOUX)

Tumeur mixte. — Epithélioma polymorphe de la glande lacrymale orbitaire. — Extirpation par voie transpalpébrale. — Récidive après quatorze mois.

Jeune fille, 20 ans, sans antécédents pathologiques. Crises névralgies fréquentes dans la région temporale. Depuis dix-huit mois, la glande lacrymale fait saillie sous l'arcade orbitaire, rejetant l'œil en bas et en dedans. Tumeur indolore. Pas de troubles visuels.

Extirpation, en novembre 1892, d'une tumeur encapsulée, sans adhérences, du volume d'une noix. Guérison rapide sans ptosis.

Quatorze mois après, récédive envahissant l'orbite et refoulant fortement l'œil. L'opération est pratiquée, malgré l'étendue du mal, en avril 1894, sur les sollicitations de la malade.

Examen histologique. — Tumeur du même type, à part quelques détails sans intérêt, que la tumeur décrite dans la précédente observation.

OBSERVATION IV (résumée)

(HOLTHOUSE et BATTON)

Tumeur mixte de la glande lacrymale (myxo-fibro-épithéliome)

Homme, 29 ans, ayant reçu, dix-huit mois auparavant, un coup sur l'œil. Exophtalmie causée par une tumeur de la glande lacrymale. V = 6/36. Extirpation d'une tumeur composée de cellules glandulaires de diverses formes dans un stroma de tissu fibreux qui parut, par places, myxomateux. On y trouve aussi de nombreux vacuoles remplis de matières colloïdes.

OBSERVATION V (résumée)

(ROGMANN)

Endothéliome hyalogène ou cylindrome de la glande lacrymale orbitaire. — Extirpation. — Pas de récédive après trois années.

Homme, 49 ans, présentant une tumeur de l'orbite droit, tumeur ayant repoussé l'œil fortement en avant, sans nuire à ses mouvements ni à la vision. Fond d'œil normal. V = 1. Ni engorgement ganglionnaire ni douleur. Extirpation d'une tumeur encapsulée de la grosseur d'un marron ; guérison par première intention.

Le ptosis, survenu après l'opération, disparut graduellement en deux mois. Vision et mobilité de l'œil maintenues dans leur intégralité.

L'auteur a signalé, en 1903, que son malade n'avait pas, jusque-là, présenté de récédive.

Examen microscopique. — Tumeur circonscrite par une membrane d'enveloppe épaisse, fibro-celluleuse, recouverte en certains points par les lobules normaux de la glande lacrymale. La tumeur est formée de tissu à peu près homogène. Ce sont des tubes contournés, s'embranchant les uns sur les autres, à lumière plus ou moins large, plus souvent vides, renfermant parfois une substance d'aspect grenu, légèrement colorée. Ces tubes sont bordés par un épithélium à double rangée cellulaire : l'interne à cellules cubiques, petites, aplaties ; l'externe à cellules cylindriques, le protoplasme étant dense et granuleux dans la première, clair et transparent dans la seconde. Ces tubes sont séparés par du tissu cellulaire lâche plus ou moins abondant, à fibres délicates avec quelques leucocytes. Au côté externe de la rangée cellulaire cylindrique se voit une traînée hyaline plus ou moins accusée, avec, çà et là, des boules hyalines.

Ces divers caractères ont suggéré le diagnostic d'endothéliome hyalogène ou cylindrome.

OBSERVATION VI (résumée)

(FROMAGET)

Epithélioma tubulé de la glande lacrymale. — Extirpation d'une tumeur encapsulée, par voie transconjonctivale

Homme, 56 ans, souffre depuis plus de six mois de névralgies orbitaires et temporales. Exophtalmie en bas et en dedans développée graduellement, atteignant 1 centimètre et demi par rapport à l'œil du côté opposé. Le malade ne recouvre entièrement son œil qu'avec de grands efforts. Léger ptosis. Kératite ulcéreuse. Sous le rebord orbitaire, on sent une tumeur dans la fossette lacrymale. Pas d'adhérences avec le globe ni avec la peau. L'œil ne peut être porté ni en haut ni en dehors.

Ablation, par voie transconjonctivale, de la tumeur enveloppée dans une capsule fibreuse et ne présentant aucune adhérence. Guérison rapide en huit jours.

Examen microscopique. — Enveloppe mince, constituée par des lames conjonctives infiltrées de foyers embryonnaires. On retrouve, par places, les vestiges de la glande lacrymale, sous l'aspect d'acini tortueux, ou de culs-de-sac coupés dans divers

plans. Le tissu conjonctif qui sépare les culs-de-sac n'est pas infiltré, mais il est par places entièrement muqueux et parsemé d'îlots cellulaires irréguliers qui sont des acini glandulaires envahis par le néoplasme. Dans certaines zones, il y a des foyers très riches en cellules, parfois des boudins épithéliaux sans limites précises, comme si des éléments cellulaires tendaient à se disperser dans le tissu conjonctif. Il s'agit d'un épithélioma tubulé de la glande lacrymale.

OBSERVATION VII (résumée)

(MOISSONNIER)

Cylindrome de la glande lacrymale. — Opération de Krönlein Récidive après trois mois

Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui consulte en 1899 pour une exophtalmie de l'œil droit, progressant lentement depuis un an et plus. Douleurs parfois assez vives de la région fronto-temporale droite. Pas de troubles de la sécrétion des larmes. La vision n'est pas altérée. L'exophtalmie est directe en avant et en bas. Aucune tumeur apparente. Pas d'antécédents. Pas de ganglions cervicaux ou préauriculaires engorgés.

Les traitements médicamenteux essayés restent sans effet. En juin 1902, la malade se plaint de névralgies dans le front. La vision baisse (= 1/10). La papille est floue. On constate alors, pour la première fois, une petite tumeur sous le rebord supéro-externe de l'orbite, s'étalant sur 2 centimètres de largeur et de 3 à 4 millimètres d'épaisseur.

Opération de Krönlein le 4 août. La tumeur occupe tout le côté externe de l'orbite et s'étend en arrière du globe en formant une masse arrondie. Elle est toute entière en dehors de l'entonnoir musculaire et englobe la glande lacrymale orbitaire. Elle est enlevée facilement, étant peu adhérente.

Aussitôt après, l'exophtalmie cesse, le globe oculaire reprend sa place.

Récidive débutant en novembre 1902, à l'angle interne de l'œil. Quelques semaines plus tard, un second noyau survient à côté du premier, puis l'apophyse supéro-externe se tuméfie et un noyau dur, osseux, survient dans la paroi temporale. La récidive semble se généraliser et évoluer plus rapidement que la tumeur initiale.

L'auteur se propose d'intervenir.

Examen microscopique. — Tumeur à corps oviformes, qui correspondent à des épithéliomes à marche lente en général, avec dégénérescence du tissu conjonctif considérée comme muqueux par certains auteurs.

L'envahissement progressif du tissu noble épithélial par un tissu conjonctif translucide, pauvre en cellules et en vaisseaux, conduit à penser que cette tumeur doit marcher lentement et comporte un pronostic bénin.

OBSERVATION VIII (résumée)

(DUPUY-DUTEMPS)

Tumeur encapsulée de la glande lacrymale orbitaire (épithélioma glandulaire avec dégénérescence colloïde). — Récidive après vingt-huit mois. — Exentération.

Homme, 31 ans. Pas d'antécédents. Se présente le 7 janvier 1903, pour une exophtalmie très accusée de l'œil gauche ayant débuté en décembre 1901 et augmenté depuis très lentement, sans douleur, sans gêne pour la vision. Diplopie intermittente. A suivi en septembre 1902 un traitement ioduré inefficace. L'œil est presque complètement exorbité, porté en bas et en dehors. Léger ptosis. Occlusion palpébrale incomplète. Ulcération de la cornée.

Tumeur palpable au niveau de la fossette lacrymale, sous le rebord orbitaire, adhérente au squelette, indépendante de la peau et du globe. Prolongement mobile s'étendant vers l'angle interne.

Mouvements de rotation de l'œil très limités, surtout en dehors et en haut.

A l'ophtalmoscope : légère congestion de la papille. V = 1/4. Pas de douleurs spontanées ni à la pression ; pas d'engorgements ganglionnaires.

Diagnostic : tumeur probablement encapsulée de la glande lacrymale.

Extirpation, le 14 janvier 1903, d'une tumeur encapsulée ; la capsule se déchire au cours de l'intervention ; pas d'adhérence au squelette ni aux parties molles.

L'exophtalmie est réduite. Guérison par première intention.

Récidive en mai 1905. Exentération en août, la malade ne s'étant décidée à l'intervention qu'après le développement con-

sidérable de l'exophtalmie avec une kératite suppurée. La tumeur remplissait l'orbite et le squelette ethmoïdal paraissait déjà envahi.

Examen histologique. — Enveloppe formée par une capsule fibreuse, mince, pauvre en éléments cellulaires ; elle est au contact direct du tissu propre de la tumeur dans laquelle elle n'envoie pas de prolongements divisionnaires notables.

A un faible grossissement, le néoplasme montre un stroma conjonctif dense et serré au niveau de la partie solide de la masse, devenant lâche et muqueux quand on se rapproche de la partie friable de la tumeur, puis des cellules épithéliales.

Ces cellules sont, en certains points, groupées sans ordre en masses serrées ; en d'autres, elle sont rangées de façon à former des cylindres pleins, ou à limiter par deux ou plusieurs rangs de cellules, des cavités de dimensions variables, de forme arrondie, tubulaire ou irrégulière, à lumière parfois effacée, le plus souvent dilatée et contenant une substance d'aspect amorphe.

Enfin, on trouve quelques formations régulièrement arrondies, ressemblant à des globes épidermiques.

Le tissu conjonctif ne présente la structure du tissu fibreux que dans une région peu étendue ; il est par places infiltré de cellules que leur défaut d'ordination et leurs caractères morphologiques différencient des cellules sacromateuses, et qui se rattachent naturellement aux cellules épithéliales des tubes avec lesquels elles se continuent par gradations insensibles. Dans les autres points, le stroma prend les caractères du tissu muqueux, plus ou moins nets suivant la région.

Les cellules qui bordent les cavités sont des éléments épithéliaux cubiques différant de l'épithélium cylindrique normal des acini glandulaires, mais leur protoplasma renferme parfois des granulations graisseuses, caractère présenté dans certaines conditions par l'épithélium sécréteur des acini lacrymaux.

Le contenu des cavités forme un bloc amorphe d'aspect grenu, contenant par places de la graisse et ne remplissant pas toute l'étendue du tube. Cette substance présente les caractères de la substance colloïde.

En résumé : tumeur épithéliale encapsulée dont le point de départ paraît être l'épithélium des acini ou des conduits excréteurs de la glande, puisque la peau et la conjonctive, d'ailleurs saines, ne présentaient pas d'adhérences avec la masse néoplasique.

Récidive. — Les préparations de la tumeur récidivée présentaient, sur certains points, les mêmes caractères que l'épithéliome initial. Mais, sur d'autres points, on observe des alvéoles arrondies, de dimensions variables, limitées par du tissu fibreux, dépourvues de revêtement cellulaire propre, et contenant des cellules métatypiques entassées. Dans les grandes alvéoles, les régions centrales et parfois la masse presque entière de l'amas cellulaire sont atteintes de dégénérescence plus ou moins accusée. Ces caractères sont ceux du carcinome.

OBSERVATION IX (résumée)

(DE LAPERSONNE)

Cylindrome de l'orbite avec point de départ dans la glande lacrymale orbitaire. — Ablation. — Récidive après quinze mois ; exentération. — Pas de récidive nouvelle après un an. —

Homme, 28 ans. Volumineuse tumeur embrassant l'œil en haut et en dehors. Exophtalmie en bas et en dedans. Quelques adhérences à la peau au niveau de la glande lacrymale orbitaire. Consistance dure. Vision = 0,7 ; pas de stase papillaire.

L'affection avait débuté quatre ans auparavant, par une petite grosseur dont l'ablation avait fait disparaître douleurs et exophtalmie.

Récidive depuis deux ou trois mois. On pose le diagnostic de sarcome récidivé de l'orbite avec point de départ dans la région de la glande lacrymale orbitaire.

Le 3 novembre 1905, exentération de l'orbite, avec détachement du périoste. Toute la tumeur est entourée d'une gaine fibreuse épaisse. On n'a pu retrouver de traces de la glande lacrymale orbitaire, mais on peut admettre que la glande avait complètement disparu, en raison de l'ancienneté de la tumeur qui a récidivé après une première ablation.

L'évolution lente de la tumeur permettait de songer au cylindrome plexiforme, tumeur moins maligne que certaines formes d'épithélioma, puisqu'elle est entourée par une barrière fibreuse qui empêche les propagations rapides et les fusées cellulaires, si fréquentes dans les néoplasmes du type épithélial.

Examen microscopique. — La tumeur est divisée en lobules assez réguliers composés de fibres conjonctives les cloisonnant incomplètement, et de cellules épithéliales et d'espaces clairs, correspondant aux corps oviformes.

A certains endroits, tissu conjonctif subissant la dégénérescence muqueuse.

Dans la zone périphérique, comprenant les parties de la tumeur en évolution, on trouve des amas épithéliaux de formation récente, autour desquels on voit de larges bandes conjonctives en train de subir la dégénérescence muqueuse.

D'autres lobules aussi jeunes présentent déjà du tissu muqueux dans leur intérieur.

Ces tissus épithéliaux et muqueux sont donc contemporains et la tumeur s'accroît par le développement simultané de ces deux éléments constitutifs du lobule, et par l'envahissement du tissu voisin.

OBSERVATION X (résumée)

DEMARIA)

*Cylindrome de la glande lacrymale orbitaire. — Ablation
Récidive dix mois après. — Exentération*

Femme de 33 ans. Début de la tumeur dans la région lacrymale. Exophtalmie avec léger ptosis. Extirpation en novembre 1901. Dix mois après, une récidive se produit, nécessitant l'exentération de l'orbite. Nouvelle récidive un an plus tard remplissant toute la cavité orbitaire. Mort de la malade au bout de trois mois.

Examen anatomique : structure du cylindrome correspondant au cas de l'observation IX (De Lapersonne).

OBSERVATION XI (résumée)

(VERHOEFF)

Tumeur mixte de la glande lacrymale

Homme, 29 ans. Tumeur de la glande lacrymale, nodulaire et molle, repoussant l'œil en avant et en bas. Extirpation ; la tumeur adhérait au périoste et s'étendait profondément dans

l'orbite. A son ouverture, s'échappe une matière gélatineuse.

Examen anatomo-pathologique : on a conclu à un cylindrome.

OBSERVATION XII (résumée)

(VERHËFF)

*Tumeur mixte de la glande lacrymale. — Extirpation
Récidive après un an. — Exentération*

Femme, 31 ans. Exophtalmie en avant et en bas. Kératite ulcéreuse amenant une perforation de la cornée. Extirpation permettant de constater que le nerf optique est atteint.

La tumeur récidive un an plus tard sous forme d'une grosse masse. Exentération, suivie d'une nouvelle poussée. La mort fut attribuée à l'extension de la tumeur dans l'orbite.

Examen anatomo-pathologique : cylindrome.

OBSERVATION XIII (résumée)

(VERHËFF)

*Tumeur mixte de la glande lacrymale orbitaire
Exentération*

Femme, 40 ans. Tumeur de même nature que les précédentes. L'orbite était attaqué et tout son contenu fut enlevé. On ne sait ce qu'est devenue cette malade.

OBSERVATION XIV (résumée)

(VERHËFF)

*Tumeur de la glande lacrymale. — Exentération d'emblée
Pas de récidive après huit années*

Jeune homme de 17 ans. Tumeur de la glande lacrymale orbitaire. L'exentération fut pratiquée et, huit ans plus tard, aucune récidive ne s'était encore produite.

L'examen anatomo-pathologique aurait fait conclure à un sarcome.

OBSERVATION XV (résumée)

(AUBINEAU et CIVEL)

Tumeur de la glande lacrymale orbitaire. — Extirpation par voie transpalpébrale. — Récidive après quatre mois. — Extirpation par l'orbitotomie curviligne externe de Rollet.

Jeune homme, 18 ans, chétif. Raconte que, de 1907 à 1909, s'est développée peu à peu, au-dessus de son œil droit, une petite masse dure qui empêche son œil de se relever et provoque de la diplopie verticale.

En effet, sous le rebord orbitaire, on sent une tumeur dure, bosselée, siégeant au niveau de la glande lacrymale orbitaire. La queue du sourcil est relevée, l'œil est fortement abaissé. Vision œil droit très affaiblie = doigts comptés à 0 m. 20

L'ophtalmoscope révèle une stase papillaire très nette.

Le 30 mai 1909, extirpation, par une incision menée dans le sourcil, d'une tumeur à prolongement interne. La tumeur n'est pas adhérente, elle se limite et s'extrait facilement.

Suites opératoires parfaites. En dix jours, le globe oculaire a repris son parcours normal. Au mois de juillet, la vision a remonté à 1/10. Les veines de la papille ont repris leur calibre normal.

Le 25 septembre, *récidive* sous forme d'une nouvelle masse dure siégeant à l'angle interne de l'orbite et qui semble se prolonger en arrière.

L'œil est peu abaissé, mais il est limité dans ses mouvements d'élévation. Rien dans le fond d'œil.

Le malade refuse l'exentération, n'acceptant une opération qu'à la condition que l'œil soit conservé et que l'on fasse l'impossible pour conserver la vision qui persiste.

On intervient le 26 septembre, par une large incision pratiquée parallèlement au rebord orbitaire, à la racine de la paupière supérieure, incision préconisée par Rollet. Cette incision donne un très grand jour dans l'orbite et permet de reconnaître et d'extraire une véritable chaîne de lobules néoplasiques échelonnés le long de la paroi orbitaire interne. Guérison opératoire complète.

Le malade aurait succombé en novembre 1909, à la suite d'une nouvelle récidive.

OBSERVATION XVI (résumée)

(VAN DUYSE)

Tumeur mixte épithéliale de la glande lacrymale
Extirpation

Femme, 33 ans. Epiphora datant de plus de trois ans. Dacryocystite double avec ectasie des sacs. A gauche, il s'est produit un phlegmon il y a quelques mois. En 1908, ablation du sac lacrymal gauche. En 1910, ablation de la glande palpébrale droite et d'une petite tumeur dure, d'aspect fibreux, de la grosseur d'un pois, siégeant entre les deux glandes palpébrale et orbitaire. Il n'est pas possible de dire si lès deux ou trois grappes acineuses normales attenant aux coupes de la tumeur appartiennent à la portion palpébrale ou à l'orbitaire. La dernière idée est la plus probable.

Examen microscopique. — Sur les coupes, on relève l'existence de cellules épithéloïdes, réunies en un petit nombre d'ilots isolés ou contigus à des formations pseudo-glandulaires, nom qu'on peut attribuer, sans préjudice de leur nature réelle, à des tubes constitués par une double rangée de cellules également épithéloïdes. Les ilots isolés sont bien moins nombreux que les pseudo-glandes.

Les cavités de ces dernières ont des dimensions et des formes variables, atteignant dix fois celles des acini normaux de la glande lacrymale. Les cavités sont généralement tapissées par deux rangées de cellules épithéloïdes, cubiques à l'intérieur, cylindriques dans la couche externe. Ces derniers sont déformés par la pression réciproque et esquissent en un petit nombre de points les premières trainées pleines d'un réseau.

L'hématoxyline de Heidenhain y montre des *prolongements protoplasmiques qui s'étendent en divergeant d'un élément à l'autre ; ce sont des cellules épithéliales pavimenteuses dont les amas se raccordent aux trainées pseudo-glandulaires. Le caractère épithélial vrai de ces dernières devient ainsi évident.*

Les deux rangées de cellules ont un noyau volumineux, épithélial. Les figures de division y sont rares. Le développement du néoplasme est donc lent.

Le stroma est essentiellement constitué par du tissu chondroïde alternant avec de faibles ilots de tissu muqueux et parcouru par quelques faisceaux de fibres connectives.

Nulle part dans le stroma n'existent de granulations calcaires.

OBSERVATION XVII (résumée)

(BRANDÈS et VAN DUYSE)

Tumeur mixte (chondro-épithéliome) de la glande lacrymale orbitaire

La tumeur débute en 1911, par une légère adduction de l'œil gauche, avec diplopie intermittente. Légère tuméfaction dure, mobile, non douloureuse au toucher, au niveau de la glande lacrymale orbitaire.

Pas d'antécédents néoplasiques ; pas de syphilis ni de tuberculose. Tumeur stationnaire jusqu'en 1917. A ce moment, extension rapide ; œil projeté hors de l'orbite.

Fin 1918, la tumeur a la grosseur d'une orange, l'œil pend sur la joue. Tumeur non pulsatile. Extirpation d'une tumeur encapsulée, sans adhérences, réunion par première intention. L'œil, réduit, recouvre ses fonctions normales en six semaines.

Examen anatomique. — Van Duyse conclut à un chondro-épithéliome, avec tendance à la prédominance des éléments épithéliomateux, particularité qui peut faire craindre une récidue.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs de la glande lacrymale orbitaire sont d'observation rare. Les tumeurs bénignes, telles qu'adénomes, sont exceptionnelles ; les tumeurs malignes diffuses le sont moins.

Nous présentons dans ce travail l'étude de la tumeur mixte qui nous paraît être le type le plus intéressant à envisager et même généralement le type de début.

II. — Cliniquement, ces tumeurs mixtes qui débent à l'angle supéro-externe de l'orbite, évoluent au-dessus, et surtout en arrière du globe oculaire. Les signes sont donc : une exophtalmie soit en avant, soit en bas et en dedans (phot. I).

L'exophtalmie s'accompagne de gêne dans les mouvements du globe, et de diplopie, de diminution ou d'abolition de la vision par lésion de compression du nerf optique (œdème, puis atrophie de la papille).

A signaler aussi une diminution ou une abolition de la sécrétion des larmes.

III. — Au point de vue microscopique, les examens histologiques, en petit nombre, montrent qu'il existe

une grande similitude entre ces tumeurs et les tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Dans l'observation que nous avons recueillie dans le service de M. le Professeur Rollet, on a conclu à un myxo-fibro-épithéliome.

Dans de nombreuses observations où il est parlé d'épithélioma et de sarcome, il semble qu'il y ait eu primitivement un stade de tumeur mixte, la tumeur encapsulée ayant évolué vers le type épithélial ou le type sarcomateux, en devenant maligne et diffuse.

IV. — Ces tumeurs ont un pronostic réservé. En effet, si dans les phases de début l'évolution est lente, leur volume nécessite l'intervention qui est suivie, dans la majorité des cas, de récidives, mais quelquefois à longue échéance seulement.

V. — Fait très important à signaler aux points de vue clinique et opératoire, et comme nous l'avons observé dans le cas que nous rapportons, ces tumeurs sont *encapsulées* et non diffuses comme les néoplasies malignes à marche très rapide. On pourra donc les extraire après les avoir clivées.

VI. — Leur siège supéro-externe, puis supra-oculaire, pourrait engager l'opérateur à mener une incision transpalpébrale supérieure ; mieux vaut, pour éviter un ptosis, faire l'orbitotomie externe par l'incision curviligne marginale de Rollet, qui permet d'aborder la tumeur et son prolongement postérieur orbitaire, et de l'enlever en totalité comme dans deux de nos observations. L'œil est conservé avec tous ses mouvements.

Les voies transpalpébrale, transconjonctivale et la voie

trans-osseuse de Krönlein, pratiquées à plusieurs reprises, ne nous paraissent ainsi jamais indiquées.

Si la tumeur mixte devient ultérieurement maligne et diffuse, la radiothérapie peut trouver ses indications avant toute exentération.

*Le Président de la Thèse,
Signé : Et. ROLLET.*

Vu : Le Doyen,
Signé : Jean LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Lyon le 6 décembre 1921
*Le Recteur, Président de l'Université,
Signé : JOUBIN.*

BIBLIOGRAPHIE

- AUBINEAU. — Considérations sur quelques cas de tumeurs de l'orbite (*Soc. Franç. d'Ophtalm.*, 1910).
- AXENFELD. — Zür differential diagnose zwischen Epitheliom u. Endothelium der Tränendrüse (*Ophtalm. Gesellschaft* (Heidelberg, 1903).
- AXENFELD. — Traité d'Ophtalmologie (Paris, 1914).
- BADAL. — Physiologie de la glande lacrymale (*Arch. d'Ophtalmologie*, 1885).
- BÖTTGER. — Ein Fall von Tränendrösen Tumor (Thèse de Berlin, août 1910).
- BRANDÈS et VAN DUYSE. — Contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite (*Soc. Belge d'Ophtalm.*, 1919).
- BROSE (L. O.). — Lachrymal gland tumors (*Journ. of the Am. Med. Assoc.*, 1910).
- CLOSMENIL (DE). — Contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite (Thèse de Paris, 1903).
- DEMARIA. — Cylindrome de la glande lacrymale orbitaire (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1905).
- DIANOUX. — Des tumeurs de la glande lacrymale (*Soc. Franç. d'Ophtalm.*, 1894).
- DOMELA. — Über die retrobulbäre Chirurgie der Orbita (*Tubingen*, 1900).
- DUBREUIL. — Les glandes lacrymales et les annexes de l'œil (*Rev. générale d'Histologie*, fasc. 8, 1908).
- DUPLAY, ROCHARD, DUMOULIN. — Diagnostic chirurgical (Paris, 1921).

- DUPUY-DUTEMPS. — Tumeurs de la glande lacrymale (*Société Franç. d'Ophtalm.*, 1903-1905).
- FORGUE. — Pathologie externe (t. I et II ; Paris, 1920).
- FROMAGET. — Tumeurs des glandes lacrymales (*Clin. Ophtalmologique*, 1901).
- FUCHS. — Gleichzeitige Erkrankung von Tränendrüsen u. Parotiden (*Beitrage zur Augenheilk.*, 1891).
- GREEF. — Pathologische anatomie des Auges (Berlin, 1906).
- HOLTHOUSE et BATTON. — Tumour of lachrymal gland (*Trans. Opt. Soc.*, 1899).
- KRUDENER (VON). — Ueber Erkrankungen der Tränendrüsen (*Opht. Gesellschaft*, Heidelberg, 1903).
- KUBOKI. — Tumeurs des glandes lacrymales (en japonais) (*Nippon Goukaki Zashi*, 1919).
- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil (Paris, 1904).
- LAGRANGE. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite (*Soc. Franç. d'Ophtalm.*, 1903).
- LAPERSONNE (DE). — Cylindrome de l'orbite (*Arch. d'Ophtalmologie*, 1906).
- MASLIEURAT LAGEMARD. — *Archives générales de Médecine* (année 1840, p. 90).
- MOISSONNIER. — Cylindrome de la glande lacrymale (*Société Franç. d'Ophtalm.*, 1903).
- NOBLAT (P.). — De l'exploration de l'orbite profonde par l'orbitotomie externe sous-aponévrotique, procédé du professeur Rollet (Thèse de Lyon, 1921).
- PANAS. — Traité des maladies des yeux (Paris, 1894).
- ROGMANN. — Sur les tumeurs de la glande lacrymale (*Annales d'Oculistique*, 1900).
- ROLLET. — Pronostic des cancers primitifs de l'orbite (*Arch. d'Ophtalm.*, 1910).
- ROLLET. — Extirpation de tumeurs orbitaires avec conservation de l'œil, par les incisions cutanées curvilignes (*Arch. d'Ophtalm.*, 1907).

- ROLLET. — L'ablation des tumeurs de l'orbite (*Communication au II^e Congrès international d'Ophtalmologie de Saint-Petersbourg*, 2 août 1914).
- SCHAEFFER. — Ein Fall von Sarcom der Tränendrüse (Heidelberg, 1885).
- TONDEUR. — Contribution à l'étude des tumeurs de la glande lacrymale (Thèse de Lyon, 1894).
- TRUC, VALUDE, FRAENKEL. — Nouveaux éléments d'Ophtalmologie (Paris, 1908).
- VAN DUYSSE. — Tumeur mixte épithéliale de la région de la glande lacrymale (*Arch. d'Ophtalm.*, 1910).
- VERHOEFF (F. H.). — Mixed tumor of the lachrymal and salivary glands (*Journ. of Med. Research*, 1905).
- WHARTON (J.). — A case of unilateral dacryoadenite simulating sarcoma (*Lancet*, 1905).
- YVERT (A.). — Avantage de l'orbitotomie externe curviligne de Rollet (*Recueil d'Ophtalm.*, 1909).
- ZAISS (W.). — Über Tränendrüsen Operationen (Thèse de Heidelberg, 1918).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
CHAPITRE I. — Historique.....	11
CHAPITRE II. — Étiologie, symptômes, diagnostic, pronostic	14
CHAPITRE III. — Etude anatomo-pathologique.....	23
CHAPITRE IV. — Traitement.....	32
Observations	38
Conclusions	55
Bibliographie	58

Imp. Noirel et Fénérier, Lyon.
